

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLAIES DU RECTUM
PAR TRAUMATISMES DE GUERRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1916

PAR

MOSTINSKY (Salomon)

Né à Odessa (Russie), le 18 décembre 1890

Ancien interne des Hôpitaux de Nice

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

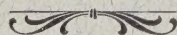
FORGUE, Professeur, *Président*.

ESTOR, Professeur.

LAGRIFFOUL, Agrégé.

LAPEYRE, Agrégé libre.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIERE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1916



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PLAIES DU RECTUM
PAR TRAUMATISMES DE GUERRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

PLAIES DU RECTUM

PAR TRAUMATISMES DE GUERRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1916

PAR

MOSTINSKY (Salomon)

Né à Odessa (Russie), le 18 décembre 1890

Ancien interne des Hôpitaux de Nice

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président*.

ESTOR, Professeur.

LAGRIFFOUL, Agrégé.

LAPEYRE, Agrégé libre.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1916



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU (✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DU CAMP.
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU.
Chimie médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRASSET (O. ✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. d. c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU ✱, ag. lib. ch. d. c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNPELTT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, Président.	MM. LAGRIFFOUL, Agrégé.
ESTOR, Professeur.	LAPEYRE, Agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE REGRETTÉE

A MON PÈRE

*Faible témoignage d'affection et
de reconnaissance.*

A MES FRÈRES BIEN-AIMÉS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA FRANCE, MA SECONDE PATRIE
ET A MES FRÈRES D'ARMES

S. MOSTINSKY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
LAGRIFFOUL ET LAPEYRE

A MONSIEUR IZARD
SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Témoignage de ma vive reconnaissance.

S. MOSTINSKY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLAIES DU RECTUM
PAR TRAUMATISMES DE GUERRE

INTRODUCTION

Les plaies du rectum par traumatismes de guerre ont été rarement signalées dans l'histoire de la pathologie chirurgicale. Il nous a été donné, grâce à l'obligeance de M. le professeur Forgue, d'en constater quelques cas très nets et très intéressants, que nous publions.

Nous nous faisons un devoir d'adresser nos plus respectueux remerciements au Maître éminent qui a bien voulu nous suggérer l'idée de ce travail et nous en faciliter l'exécution.

Nous regrettons que les circonstances particulières dans lesquelles nous nous trouvons ne nous aient pas permis de traiter ce sujet d'une manière aussi complète que nous l'eussions fait si nous avions eu plus de temps libre devant nous ; mais nous sommes persuadé que nos juges tiendront compte de nos efforts et surtout de notre

bonne volonté. Nous leur adressons ici l'hommage de notre respectueuse admiration pour le brillant enseignement qu'ils ont bien voulu nous prodiguer.

Notre étude comprendra quatre parties :

La première partie citera quelques faits historiques ;

La seconde consistera dans une description sommaire de la région intéressée ;

La troisième contiendra les observations que nous avons recueillies ;

Enfin la quatrième partie portera sur le pronostic, le traitement et les conclusions.

HISTORIQUE

Les plaies du rectum, si elles sont rares dans la vie civile, sont plus fréquemment observées dans la chirurgie de guerre, et surtout dans la guerre actuelle.

Otis, dans son remarquable ouvrage de statistique militaire sur la guerre de Sécession (*Medical and surgical history of the war of the Rebellion*, t. II), cite 103 cas qu'il accompagne de commentaires intéressants.

Le *Sanitäts Bericht* (statistique allemande de la guerre de 1870-1871) en contient 31 cas. Ce sont les deux documents les plus importants sur cette question. Il faut y ajouter 2 cas de Larrey : l'un observé pendant les Journées de juillet, l'autre au siège d'Anvers ; le même chirurgien cite un cas de plaie recto-vésicale à la suite d'un coup de feu à la bataille du Mont-Thabor, un autre à l'assaut de Saint-Jean-d'Acre (*Clinique chirurgicale*).

Chenu mentionne 18 cas dans sa statistique médico-chirurgicale de la guerre d'Italie (Chenu, 1869), et 29 cas dans le rapport du Conseil de santé des armées pendant la guerre d'Orient (Chenu, 1867).

En 1873, le docteur Gillette publie plusieurs cas de coups de feu ayant amené des plaies du rectum (*Remar-*

ques sur les plaies par armes à feu observées pendant le siège de Metz et celui de Paris, 1870-1871).

En 1887, Barthélemy, médecin de la Marine, cite 3 cas de blessures du rectum observés à l'ambulance de Ketung, pendant la campagne de Formose (Barthélemy, Thèse de Montpellier, 1887).

Mentionnons encore trois faits publiés par Quénu (*Plaies du rectum, in Revue de chirurgie*, mai 1900) et observés par M. le professeur Nimier, du Val-de-Grâce, pendant la campagne du Tonkin; quelques cas isolés, épars dans la littérature médicale, et que nous avons recherchés: celui de Louis Delmas dans les *Archives de médecine*, 1888; l'observation d'Habgood, dans le *British medical Journal* (décembre 1887, p. 779); celle d'Es-march, citée dans l'ouvrage de D. Molière (*Traité des maladies du rectum et de l'anus*), et celle de Cristôt et Charreton dans le *Lyon médical* de 1871.

Nous avons trouvé plusieurs observations intéressantes signalées pendant la guerre du Transvaal et surtout étudiées par des médecins anglais, en particulier de William Mac-Cornac (*The Lancet*, 1900), et du correspondant spécial du *British medical Journal* (*War in South Africa*, 1900).

La guerre russo-japonaise nous apporte plusieurs cas de blessures du rectum provoquées surtout par des éclats d'obus (*Remarques sur la guerre russo-japonaise*, 1904-1905).

Pendant la guerre des Balkans on a également noté quelques observations ayant trait aux blessures du rectum (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1913).

Mais c'est surtout au cours de la guerre actuelle que

l'on trouve le plus grand nombre de cas de ce genre. Nombreuses sont les observations qui ont été publiées par différents auteurs, mais le cadre restreint de notre travail ne nous permet pas de les citer toutes.

ANATOMIE DE LA RÉGION

L'anatomie du rectum est assez suffisamment connue pour que nous n'y insistions pas trop. Cependant nous croyons nécessaire d'énumérer les divers organes et leurs principaux rapports.

Le rectum, segment terminal du gros intestin, s'étend de la partie droite de la troisième vertèbre sacrée à l'anus. Sa longueur est de 13 à 15 centimètres. Appliqué contre le sacrum et le coccyx, le rectum se dirige de haut en bas et d'arrière en avant, dépasse la pointe du coccyx, et au-dessus du sphincter externe, à l'insertion rectale du releveur de l'anus, se coude brusquement en arrière et en bas, jusqu'à sa terminaison. Il est divisé en deux portions par le bord inférieur du releveur de l'anus : 1° une portion supérieure, pelvienne ou rectale proprement dite ; 2° une inférieure, périnéale ou anale. La portion rectale peut elle-même être subdivisée en : *a*) une partie supérieure ou péritonéale, s'étendant de la troisième sacrée au cul-de-sac recto-vésical chez l'homme, recto-vaginal chez la femme ; *b*) une partie infra-péritonéale s'étendant de ce cul-de-sac au bord inférieur du releveur.

RAPPORTS DU RECTUM. — Au point de vue des rapports, le rectum présente à considérer une face antérieure, une face postérieure et deux faces latérales. Ceux qu'il affecte avec le péritoine sont de la plus haute importance.

1° *Avec le péritoine.* — A son origine, le rectum est enveloppé de tous côtés par le péritoine; il plonge ensuite dans le bassin, s'engage bientôt au sein des parties molles qui ferment en bas cette cavité et les traverse en contractant avec elles des adhérences intimes. Le péritoine l'abandonne à ce moment et se réfléchit sur les parties voisines, descendant plus bas en avant qu'en arrière. Le rectum présente donc cette particularité d'être dépourvu de péritoine dans une partie de son étendue, de telle sorte qu'on peut retrancher une portion de cet intestin sans ouvrir la cavité péritonéale.

2° *Face antérieure.* — Cette face est en rapport de haut en bas avec le péritoine qui la sépare de la paroi postérieure de la vessie avec le bas-fond de cet organe, les vésicules séminales, la prostate et une partie de la portion musculuse de l'urètre.

3° *Face postérieure.* — Nous n'avons qu'à citer le péritoine et le sacrum dont cette face est séparée par un tissu cellulaire lâche.

4° *Faces latérales.* — En rapport avec le tissu cellulaire sous-péritonéal et le muscle releveur de l'anus qui sépare le rectum de la fosse ischio-rectale. Outre les rapports immédiats nous devons envisager les rapports médiats que le rectum affecte sur ses faces latérales. Il est donc nécessaire d'énumérer les parties qui peuvent être lésées dans un trajet aussi long et d'insister sur les plus importantes au point de vue des complications.

Ces organes sont, en allant de dedans en dehors :

l'artère fessière, l'artère hypogastrique et ses deux branches terminales (ischiatique et honteuse interne); l'artère sacrée latérale, ainsi que toutes les veines de même nom qui les accompagnent; les branches antérieures des trois premiers nerfs sacrés; le muscle pyramidal, la grande échancrure sciatique, l'origine du nerf sciatique, le tissu cellulaire sous-fessier, le grand fessier, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.

Entrons dans quelques détails au sujet de ces divers organes.

La grande échancrure sciatique est rétrécie à sa base par le petit ligament sciatique. Elle est ovale, presque circulaire, et mesure en moyenne 5 centimètres de hauteur sur 4 de largeur. Cette fente, à l'état naturel, se trouve obturée par le muscle pyramidal; sur la face interne de ce muscle reposent les branches antérieures des trois premiers nerfs sacrés, ainsi que la branche lombo-sacrée émanée du plexus lombaire. L'artère et la veine fessières sortent de cette échancrure par la partie la plus élevée.

L'artère hypogastrique se trouve sur un plan plus antérieur; elle ne devient accessible au projectile que lorsque, parvenue par un trajet oblique en arrière près du petit ligament sciatique, elle se divise en ischiatique et honteuse interne.

La sacrée latérale, contenue dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, coupe d'avant en arrière la grande échancrure sciatique et se trouve fort exposée au traumatisme.

Si nous ajoutons à tous ces organes quelques vaisseaux qui nourrissent le rectum, comme l'artère hémorroïdale supérieure et l'hémorroïdale moyenne, nous comprendrons sans peine que l'hémorragie est un des

accidents les plus redoutables qui puissent compliquer une blessure du rectum.

A cette énumération, que nous avons rendue aussi succincte que possible, nous aurions pu joindre d'autres considérations, intéressantes il est vrai, mais qui nous auraient entraîné trop loin. Lorsque nous produirons nos observations, on remarquera le rôle joué par chacun de ces organes et l'utilité de les avoir bien présents à l'esprit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le professeur Forgue.)

Dej... (Pierre), soldat au 22^e colonial, a été blessé à Massiges, le 24 septembre 1915, par une balle d'infanterie qui a occasionné une plaie en séton dont l'orifice d'entrée se trouve situé à la face externe de la cuisse, à 4 travers de doigt au-dessous du grand trochanter; l'orifice de sortie est situé à la région externe de la fesse gauche, à 3 travers de doigt au-dessus du pli fessier. Dans son trajet le projectile a intéressé la partie inférieure du rectum ainsi que l'orifice anal.

Ce blessé a été soigné pendant 10 jours à l'hôpital de Sainte-Menehould, après quoi il a été évacué sur l'hôpital 42 de Vichy, où un chirurgien a procédé à l'établissement d'un anus iliaque gauche.

L'opération a été pratiquée le 10 octobre 1915. Avant l'intervention le blessé affirme qu'une suppuration intense s'éliminait par la plaie rectale.

Le malade est resté à l'hôpital de Vichy jusqu'à fin février avec son anus iliaque grâce auquel la suppuration a fortement diminué.

Après un séjour de 15 jours à Millau, le blessé arrive dans le service de M. le professeur Forgue, le 18 mars 1916.

A son entrée, Dej.... présente au niveau de la région anale un trajet infundibuliforme se dirigeant vers la région fessière gauche et intéressant l'anus et la paroi inférieure du rectum sus-jacente ; cette plaie non cicatrisée est le siège d'une suppuration peu intense. La muqueuse rectale est à nu et le sphincter anal semble avoir disparu, du moins sur le côté gauche. La plaie persiste malgré l'anus iliaque dont le blessé est porteur. A cette date il ne s'écoule pas de matières fécales par le rectum, mais l'anus iliaque fonctionne normalement tous les matins. On ne note à aucun moment de l'histoire de cette blessure de lésion viscérale.

La suppuration une fois arrêtée, l'anus iliaque sera supprimé et les parois du rectum seront reconstituées.

L'état général actuel est excellent.

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur Forgue.)

Chev... (Auguste), 28 ans, soldat au 9^e régiment d'infanterie, est blessé le 20 septembre 1914 par une balle

de fusil ayant intéressé la région sacro-coccygienne avec perforation du rectum et de la vessie.

Cette blessure a constitué un vaste cloaque d'où sortent les matières fécales et l'urine. On pratique un anus iliaque artificiel avant l'arrivée du blessé à Montpellier. Il est opéré avec un succès partiel d'une fistule uréthro-rectale, le 11 février 1915.

Ce militaire entre dans le service de M. le professeur Forgue, le 21 janvier 1916. Il présente une dépression cicatricielle fortement adhérente au niveau de l'ischion gauche, cicatrice répondant à l'orifice d'entrée du projectile qui serait ressorti spontanément 16 jours après.

Au périnée on note une cicatrice médiane répondant à une incision faite de la racine des bourses et qui aboutit à une fistulette urétrale située à 3 centimètre en avant de l'anus d'où partent des cicatrices multiples, divergentes, qui se dirigent en bas et en dehors, vers les fesses.

L'anus iliaque, situé à gauche, est en activité. La suppuration rectale est arrêtée grâce à cet anus artificiel. Pas d'accidents du côté du système nerveux.

Le blessé quitte le service pour un hôpital de Paris où il a demandé son transfert. Il ne nous a donc pas été permis de savoir quelles suites opératoires seront obtenues lorsqu'on supprimera l'anus iliaque.

OBSÉRVATION III

(Couteaud. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*,
21 mars 1916) (1).

**Double perforation du rectum et doublé perforation de la vessie.
Péritonite aiguë consécutive. — Laparotomie. — Guérison.**

St... (Erich), soldat allemand prisonnier de guerre, entré à l'Hôpital temporaire du lycée de Cherbourg, le 29 avril 1915, à 5 heures du soir, venant de recevoir d'un autre prisonnier une coup de barre de fer pointue, dite « pince des carriers », dans la région coccygienne et ayant provoqué une plaie pénétrante. Le blessé, souffrant atrocement, reçoit à son arrivée une injection de morphine, qui permet dans la soirée de procéder à son examen. Après désinfection du rectum, le toucher rectal permet de constater une perforation sus-sphinctérienne de la paroi postérieure du rectum, une perforation de la paroi antérieure du rectum située à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la précédente; une perforation de la paroi

(1) M. Couteaud publie 16 cas de plaies du rectum ; nous reproduisons ici l'un des plus intéressants, recueilli par M. le médecin-major Bretonville.

postérieure de la vessie, ces deux dernières situées vraisemblablement dans la partie vésico-rectale sous-péritonéale. La barre de fer a donc pénétré au ras de la pointe du coccyx, en suivant une direction oblique de bas en haut et d'arrière en avant, sans qu'il soit possible de préciser jusqu'où a pénétré l'agent vulnérant. Temp., 38°9 ; pouls, 120.

Diète absolue (une ou deux cuillerées à café d'eau bouillie froide au plus toutes les heures), glace sur l'abdomen.

30 octobre matin. — Les douleurs ayant reparu, une seconde injection de morphine a été faite dans le courant de la nuit par l'infirmier de garde.

Le blessé n'a pas émis une goutte d'urine par l'urètre malgré des besoins incessants, et de l'urine s'est écoulée par le rectum ; douleurs vives à la pression et défense musculaire dans toute la région hypogastrique, avec submatité. Pas de facies péritonéal. Temp., 38°9 ; pouls, 148, assez bien frappé.

L'exploration urétrale avec une sonde molle de Nélaton n° 20 permet de retirer de la vessie environ 150 cent. cubes d'urine franchement hématique. 10 cent. cubes d'huile camphrée et 500 grammes de sérum de Hayem sont faits à la visite du matin.

A 3 heures du soir. — Un vomissement. Temp., 39°9 ; pouls très petit et très rapide ; malgré les injections reçues, douleurs et défense musculaire s'accusent. Diagnostic du médecin-chef D^r Sollaud, de M. Duval et de moi-même : Péritonite au début. La laparotomie paraît indiquée.

Opération. — Anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. A peine le péritoine est-il ouvert qu'il s'écoule une notable quantité de liquide

légèrement hématique et à odeur nettement urineuse. L'examen minutieux ne permet de rien découvrir du Douglas, confirmant ainsi l'existence sous-péritonéale des perforations de la paroi rectale antérieure et de la paroi vésicale postérieure; rien non plus de bien appréciable sur la face antérieure de la vessie.

Et pourtant le liquide péritonéal a une odeur nettement urineuse. On fait alors injecter dans la vessie de l'eau bouillie tiède dont la plus grosse partie ressort par le rectum, mais dont une faible part sort par une petite fissure située sur la face antéro-externe droite de la vessie (zone péritonéale).

Enfouissement de la fissure sous une double suture au catgut. Ether dans le péritoine, gros drain dans le Douglas, réunion de la paroi en 3 plans, sonde à demeure.

5 centim. cubes d'huile camphrée et 600 grammes de sérum matin et soir, opium matin et soir.

31 octobre.— Température décroît, pouls reste rapide, même traitement.

1^{er} novembre. — Premier pansement, l'aspiration par le drain donne un demi-verre de liquide hématique.

3 novembre. — Deuxième pansement, l'aspiration par le drain donne un liquide à odeur nettement stercorale; pouls et fièvre vont en décroissant et ont tendance à revenir à la normale.

4 novembre. — Troisième pansement, refait parce que le pansement entier est souillé d'urine, moins de liquide stercoral.

Il est vraisemblable que les perforations de la paroi antérieure du rectum et de la paroi postérieure de la vessie, qui devaient siéger tout près du cul-de-sac de Douglas, ont, par sphacèle des parois, communiqué

avec l'abdomen. De fait, plus tard, l'élimination par le drain de larges lambeaux sphacélés, qui ne pouvaient provenir de la petite perforation de la face antérieure de la vessie, ont permis de vérifier cette explication.

5 novembre. — Comme la veille, quatrième pansement abondamment souillé d'urine.

7 novembre. — Enlevé les fils de la zone basse qui ont tendance à lâcher; même état, traitement de la plaie au liquide de Dakin et à chaque pansement large irrigation au Dakin dans le drain.

8 novembre. — Élimination par la plaie de lambeaux sphacélitiques ne pouvant provenir que des perforations rectale antérieure et vésicale postérieure.

15 novembre. — L'élimination continue, légère élévation vespérale de température. Les sécrétions stercorales diminuent de plus en plus, l'urine s'écoule toujours largement par la plaie.

20 novembre. — Seule persiste fistule urinaire, fistule stercorale tarie. A cette date, il ne s'écoule plus d'urine du tout par le rectum. Les selles se régularisent et ne sont plus douloureuses, alors que jusqu'à cette date avait existé du spasme rectal assez pénible. L'urine s'écoulant par la sonde urétrale étant purulente et à forte odeur ammoniacale, on donne le matin dans un verre d'eau 0 gr. 75 d'urotropine.

27 novembre. — Suppuration complètement tarie; seule persiste la fistule urinaire.

12 décembre. — Suppuration du drain abdominal, la fistule urinaire donne de moins en moins.

24 décembre. — Fistule urinaire complètement tarie; sonde urétrale à demeure enlevée.

Fin décembre. — Guérison complète, cicatrisation

achevée. Urine en jet et va à la selle normalement sans aucune espèce de douleur.

Analyse d'urine : urines normales.

Sorti le 15 janvier 1916.

OBSERVATION IV

(Rapport de M. le professeur Forgue, médecin principal de 2^e classe.)

Le soldat Rod... (Philippe) a été atteint, le 19 décembre 1914, d'un coup de feu à bout portant (balle française de fusil) tiré à 50 centimètres de distance environ. L'orifice d'entrée est dans le triangle de Scarpa à droite, à 2 travers de doigt de l'arcade fémorale, sur le bord interne du couturier, en dehors du paquet vasculo-nerveux. L'orifice de sortie est à la fesse gauche, à 6 centimètres environ du pli fessier, à 4 travers de doigt au dehors de la rainure interfessière. Dans ce trajet, l'ischion droit a été fracturé comminutivement; 6 esquilles dont une volumineuse ont été successivement extraites. Il s'est produit aussi une perforation du rectum avec une incontinence des matières (diagnostic du docteur Cernay).

Actuellement, la région sphinctérienne est le siège d'une cicatrice qui se prolonge dans la rainure interfessière. L'anus est remplacé par un orifice béant, de dimension d'une pièce de 40 sous, à contours fibreux, au

niveau de laquelle les éléments musculaires des deux sphincters paraissent avoir totalement disparu.

Le doigt s'engage dans un trajet infundibuliforme, aux parois cicatrisables, et il ne retrouve la paroi rectale souple qu'à 4 centimèt. environ de l'orifice anal. A ce niveau, les fibres du releveur de l'anus constituent un sphincter supérieur. L'incontinence n'est plus complète : l'homme a ordinairement sa selle matinale ; dans la journée il ne perd que quelques matières qui sont retenues par une serviette hygiénique, mais il ne retient pas les gaz et il a des émissions gazeuses involontaires, ce qui le gêne dans sa profession d'instituteur. Nous estimons en conséquence que ces accidents ne sont pas incurables : le releveur de l'anus prendra de plus en plus la valeur d'un sphincter efficace.

A l'heure actuelle, l'incapacité persistante peut être fixée entre 20 et 30 pour cent.

PRONOSTIC

D'après les observations que nous avons recueillies, le pronostic des plaies du rectum doit être réservé. Il ne faut pourtant pas en exagérer la gravité. Bien au contraire, les auteurs qui se sont occupés de chirurgie d'armée semblent insister plutôt sur la bénignité de semblables blessures. Telle est l'opinion de Larrey, de Bégin, de Baudens.

Dans leur *Traité de chirurgie d'armée*, Chauvel et Nimier disent qu'une plaie rectale peut se fermer en 3 ou 4 semaines.

Delorme (*Traité de chirurgie de guerre*) semble partager cet avis et dit d'une façon formelle que les lésions du rectum produites par les coups de feu sont d'un pronostic relativement bénin.

Pour Quénu, au contraire, le pronostic des plaies rectales par armes à feu est beaucoup moins grave que celui des plaies de l'intestin grêle.

Nous nous rangerons volontiers à l'avis de cet auteur. Sans doute la guérison peut s'opérer presque spontanément, mais nous ne devons pas oublier que toutes les complications peuvent éclater dans ces foyers anfrac-

tueux et septiques, sans compter les accidents éloignés qui apparaissent souvent. Si la vie n'est pas toujours menacée par les blessures du rectum, des infirmités très gênantes peuvent en résulter : rectite, incontinence de matières fécales, fistules stercorales, etc.

Le pronostic sera d'ailleurs variable suivant les conditions dans lesquelles se trouvera le blessé. Sur un champ de bataille, épuisés par la fatigue, le surmenage physique et moral, les blessés opposeront moins de résistance à l'infection. De plus, les soins immédiats qu'on pourra leur donner seront souvent peu efficaces.

Tout autres sont les conditions dans lesquelles est placé un individu blessé accidentellement dans la carrière civile. Il trouvera facilement un chirurgien qui lui prodiguera ses soins ; l'antisepsie pourra se faire d'une manière complète, et les moyens chirurgicaux que l'on pourra employer empêcheront la production des accidents.

TRAITEMENT

Dans tous les cas où les matières fécales arrivant au contact des plaies rectales occasionnent de ce fait une suppuration intense, et par conséquent retardent la cicatrisation de la plaie, il est une opération d'urgence : l'établissement de l'anus iliaque. C'est une opération simple et sans dangers. Quant à la plaie rectale, on la traite comme une plaie ordinaire. Lorsque, la suppuration étant suspendue, on aura obtenu la cicatrisation de la plaie, il y aura lieu de penser à la réfection des parois rectales lésées, ainsi qu'à la possibilité de donner au blessé un sphincter anal susceptible d'écarter l'incontinence des matières fécales.

Avant de procéder à l'établissement de l'anus iliaque, qui est en général pratiqué quelque temps après le traumatisme, il faut éviter toutes les mobilités du rectum. Un seul moyen d'arriver à ce résultat, c'est l'emploi de l'opium à hautes doses. Le médicament peut être donné sous forme d'injections de morphine, ou en pilules à la dose quotidienne de 5 à 30 centigrammes.

Barthélemy, dans sa thèse (Montpellier, 1887), nous montre que l'opium seul est quelquefois suffisant pour

faciliter la guérison des plaies ne présentant aucun caractère de gravité et suppurant peu.

L'anus iliaque constitué, on suspend le traitement médical, et on favorise au contraire le bon fonctionnement de l'appareil digestif par l'anus artificiel.

En cas de complications, dont une des plus importantes est l'hémorragie, on doit intervenir. Si l'hémorragie est peu abondante, des lavements à l'eau glacée, au tannin ou au ratanhia, en ont facilement raison. Mais si c'est une des artères hémorroïdales qui saigne, il faut intervenir encore plus activement, l'hémorragie pouvant entraîner dans ces cas une syncope mortelle. Pour arrêter ces hémorragies graves, le mieux est de dilater l'anus à l'aide d'un spéculum fenêtré, et d'aller à la recherche de ces vaisseaux lésés pour en pratiquer la ligature ou la torsion. Mais, si la blessure siège un peu haut, il est quelquefois impossible de découvrir le vaisseau qui donne le sang ; dans ce cas, le tamponnement du rectum peut rendre de grands services.

Quant aux autres vaisseaux, comme la honteuse interne, l'ischiatique, la fessière et la sacrée lombaire, ils exigent aussi une ligature immédiate.

Une autre complication des plus redoutables, c'est la perforation de la vessie, quelquefois aggravée de péritonite aiguë et dont le traitement a été indiqué dans notre observation III

Enfin, nous ne ferons que signaler quelques autres complications : phlegmon stercoral, pelvi-péritonite et péritonite, rectite, incontinence des matières fécales, fistules stercorales. Nous n'insisterons pas sur leur traitement, ce qui nous entraînerait trop loin.

CONCLUSIONS

I. — Les blessures du rectum par traumatisme, rares dans la pratique civile, sont assez fréquentes dans la chirurgie d'armée, et surtout pendant la guerre actuelle.

II. — Leur pronostic, en tant que plaies de l'intestin, est plutôt bénin que grave.

III. — Leur gravité tient plutôt aux complications septiques (hémorragies secondaires, phlegmons étendus, septicémie) et aux accidents éloignés (fistules stercorales).

IV. — Le traitement chirurgical par l'établissement d'un anus iliaque donne des résultats très satisfaisants.

V. — Le traitement médical par la constipation provoquée (opium à hautes doses), avant l'établissement de l'anus iliaque, présente des avantages sérieux et doit être recommandé.

Toutefois on doit toujours faire une antiseptie aussi rigoureuse que possible du trajet du projectile et de la cavité rectale.

BIBLIOGRAPHIE

- Archives de médecine et de pharmacie militaires, novembre 1915 et janvier 1916.
- BARTHÉLEMY. — Trois cas de blessures du rectum par les armes à feu (Thèse Montpellier, 1887).
- BAUDENS. — Plaies par armes à feu, 1836.
- BÉGIN. — Nouveaux éléments de chir. et méd. opér., 1838.
- British medical Journal. Habgood, 1887.
- Guerre du Transvaal, 1899-1900.
- CHAUVEL et NIMIER. — Traité de chirurgie de guerre, 1890.
- CHENU. — Rapport sur la guerre de Crimée.
- Rapport sur la guerre d'Italie.
- CHRISTOT et CHARRETON. — Du drainage dans les plaies par armes à feu (Lyon médical, 1870-1871).
- COUTEAUD. — Des plaies du rectum (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 21 mars 1916).
- DELORME. — Traité de chirurgie d'armée, 1888.
- GILLETTE. — Remarques sur les plaies par armes à feu observées au siège de Metz (1870) et à celui de Paris (1871) (Archives générales de médecine, 1878).
- LEGOUEST. — Chirurgie d'armée, 1872.
- MAC-CORNAC. — Notes sur la guerre Sud-Africaine (The Lancet, 1899-1900).

MARQUIS. — Disjonction des symphyses pubiennes chez un cavalier
(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 7 décembre 1915).

NIMIER. — Relation de la campagne du Tonkin et de Formose,
1883-84-85.

QUÉNU. — Revue de chirurgie, mai 1900.

QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, t. I.

Sanitäts Bericht. — Statistique médicale de la guerre 1870-1871.

VEAU. — Plaie pénétrante du rectum et de la vessie par éclat d'obus
(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 23 février 1915).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 6 mai 1916.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 6 mai 1916.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
